

## Metas mundiales de nutrición 2025

# Documento normativo sobre **bajo peso al nacer**



## META:

reducir un 30% los  
casos de bajo peso al  
nacer



## LO QUE ESTÁ EN JUEGO

En 2012, la resolución WHA65.6 respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño (1) donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para 2025 (2). El presente documento normativo se refiere a la tercera de esas metas: **reducir un 30% los casos de bajo peso al nacer**. El objeto de este documento normativo es reforzar la atención, la inversión y la acción en una serie de intervenciones y políticas costoeficaces que puedan ayudar a los Estados Miembros y sus asociados a reducir las tasas de bajo peso al nacer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 g. El bajo peso al nacer sigue siendo un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo. En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año. El objetivo para 2025 es reducir un 30% el número de niños con un peso al nacer inferior a 2500 g (1). Esto supondría una reducción anual del 3% entre 2012 y 2025, con lo que el número anual de niños con bajo peso al nacer pasaría de unos 20 millones a unos 14 millones.

El nacimiento prematuro es la causa directa de mortalidad neonatal más frecuente (3). Cada año, 1,1 millones de neonatos fallecen por las complicaciones asociadas al nacimiento prematuro. El bajo peso al nacer no solo constituye un importante predictor de

morbimortalidad prenatal; además, estudios recientes han hallado que también aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, en etapas posteriores de la vida (4, 5).

Existe una variabilidad considerable en la prevalencia del bajo peso al nacer según las regiones e incluso dentro de un mismo país; sin embargo, la gran mayoría de casos de bajo peso al nacer se dan en países de ingresos bajos y medios, especialmente en los grupos de población más vulnerables (6, 7). Los porcentajes regionales estimados de bajo peso al nacer son del 28% en Asia meridional, el 13% en el África subsahariana y el 9% en Latinoamérica (véase la Tabla 1). Cabe destacar que se trata de porcentajes elevados a pesar de que los datos sobre bajo peso al nacer siguen siendo limitados o poco fiables porque muchos partos tienen lugar en el hogar o en clínicas pequeñas y no se registran en las cifras oficiales, lo que podría llevar a subestimar la prevalencia.

**TABLA 1. DATOS SOBRE BAJO PESO AL NACER**<sup>a, b</sup>

Región <sup>a</sup>	% de neonatos con bajo peso al nacer <sup>b</sup>	% de neonatos no pesados al nacer <sup>b</sup>
África subsahariana	13	54
África oriental y meridional	11	46
África occidental y central	14	60
Oriente Próximo y norte de África	—	—
Asia meridional	28	66
Asia oriental y Pacífico	6	22
Latinoamérica y Caribe	9	10
Países menos adelantados	13	46
<b>Mundo</b>	<b>15</b>	<b>48<sup>c</sup></b>

<sup>a</sup> Clasificación de países según la División de Estadística de las Naciones Unidas (8).

<sup>b</sup> Se presentan datos agregados por regiones cuando exista una cobertura poblacional adecuada según los datos disponibles correspondientes a 2008–2012.

<sup>c</sup> Excluida China (estimación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] correspondiente a febrero de 2014) (9).

Fuente: Datos de UNICEF (2014). Nutrition: low birth weight (9).

Sin embargo, el bajo peso al nacer es una preocupación de alcance mundial, ya que algunos países de ingresos elevados también se enfrentan a tasas que resultan altas para su contexto (p.ej. España, el Reino Unido y los Estados Unidos de América) (3). Actualmente, a un elevado porcentaje de neonatos no se los pesa al nacer, especialmente en países con ingresos bajos, lo que supone un importante reto desde el punto de vista de las políticas (véase la Tabla 1). También existe una variabilidad sustancial dentro de cada país. Los grupos de población de mayor nivel socioeconómico presentan más probabilidad de recibir una atención sanitaria adecuada, con unos principios asistenciales similares a los aplicados en países de ingresos elevados. Por consiguiente, identificar a los grupos de población con mayor riesgo de bajo peso al nacer y a aquellos con mayor probabilidad de enfrentarse a barreras en el acceso a las intervenciones sanitarias y nutricionales constituye una prioridad mundial y es fundamental para el éxito de los programas a gran escala.

Existen numerosas causas del bajo peso al nacer, como pueden ser la inducción prematura del parto o las cesáreas (por causas médicas o no médicas), los embarazos múltiples,

las infecciones y enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial (5).

Entre las consecuencias del bajo peso al nacer figuran la morbilidad fetal y neonatal, las deficiencias en el desarrollo cognitivo y el aumento del riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida (4). El presente documento normativo pretende destacar medidas eficaces para reducir la incidencia del bajo peso al nacer.

## LA NATURALEZA MULTIFACTORIAL DEL BAJO PESO AL NACER Y SUS IMPLICACIONES

El bajo peso al nacer es una entidad compleja, que incluye a los neonatos prematuros (nacidos antes de las 37 semanas de gestación), los neonatos a término pequeños para su edad gestacional, y los neonatos en que se suman ambas circunstancias, en los que suelen darse los resultados más adversos. Estos tres grupos tienen sus propios subgrupos, con elementos asociados a diferentes factores causales y efectos a largo plazo, y cuyas distribuciones en la población dependen de la prevalencia de los factores causales subyacentes (4, 10, 11). Comprender y diferenciar las diferentes categorías y sus subgrupos es un primer paso esencial para la prevención (12–14).

Se han asociado los partos prematuros de neonatos pequeños para su edad gestacional a problemas médicos relacionados con la hipertensión crónica y la preeclampsia o eclampsia (15). La preeclampsia ilustra las complejas interacciones que existen entre la nutrición, el parto prematuro y el tamaño pequeño para la edad gestacional. La preeclampsia, un trastorno que solo aparece durante el embarazo, está asociada tanto al parto prematuro (espontáneo o inducido ante la gravedad de la preeclampsia) como al tamaño pequeño para la edad gestacional debido a una función placentaria disminuida que perjudica la transferencia de nutrientes al feto. El estado nutricional de la madre también afecta al riesgo de preeclampsia. Según los resultados de un amplio estudio realizado por la OMS, confirmados por varias revisiones sistemáticas, la administración de suplementos de calcio durante el embarazo a las mujeres con un bajo consumo de este mineral ha sido identificada como intervención nutricional eficaz porque reduce la incidencia de preeclampsia y podría reducir también la tasa de partos prematuros (16, 17).

La implantación a gran escala de la administración de suplementos de calcio durante el embarazo es un ejemplo del tipo de intervención nutricional eficaz que debe introducirse inmediatamente en grupos de población con bajo consumo de calcio (16). Reducir la incidencia del bajo peso al nacer requiere una estrategia mundial de carácter integral, que debe incluir múltiples elementos: mejorar el estado nutricional de la madre, tratar las enfermedades asociadas al embarazo como la preeclampsia, y proporcionar unos cuidados maternos, servicios clínicos perinatales y apoyo social adecuados.

## MEDIDAS PARA IMPULSAR LOS PROGRESOS EN LA REDUCCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER

Una atención sanitaria asequible, accesible y adecuada resulta crucial para prevenir y tratar el bajo peso al nacer. Solo podrá reducirse la morbilidad neonatal si la atención al embarazo se integra plenamente con una asistencia neonatal y posneonatal y una asistencia nutricional adecuadas en los lactantes prematuros y pequeños para la edad gestacional. Cada vez hay más datos probatorios en que basar las recomendaciones de asistencia nutricional y médica para los lactantes de alto riesgo (véase el Recuadro 1) (18, 19).

Además del mejor acceso a la asistencia y de la calidad de esta, es necesario abordar otros factores determinantes del bajo peso al nacer (28, 29). Una asistencia que resulte adecuada al entorno cultural y unas intervenciones sensibles al género son esenciales para llegar a las mujeres que se enfrentan a mayores barreras en el acceso a la atención sanitaria. La aplicación de intervenciones basadas en datos probatorios para luchar contra el bajo peso al nacer será más eficaz y tendrá un mayor impacto sobre la equidad sanitaria si se ve impulsada por la colaboración entre programas y sectores. Todos los programas deben tener en cuenta las creencias y preferencias de las mujeres respecto a su salud, los desequilibrios en la relación de género y en el reparto de poder entre mujeres y hombres, y las desigualdades entre los grupos de mujeres en cuanto a raza, etnia y segregación residencial (28–32).

El incremento de escala de las intervenciones —ya sea la ampliación de un proyecto piloto o de pequeño tamaño o la intensificación y ampliación de un programa de gran calado— deberá ser un proceso riguroso y basado en datos probatorios. Dicho incremento de escala deberá implicar esfuerzos deliberados para aumentar el impacto de las innovaciones que hayan sido probadas con éxito (33) de modo que puedan beneficiarse de ellas más grupos de población.



Gates/Frederic Courbet



## **RECUADRO 1: Intervenciones basadas en datos probatorios para prevenir el bajo peso al nacer y sus dos componentes (prematuridad y tamaño reducido para la edad gestacional), así como la morbilidad asociada, con énfasis en entornos comunitarios (22–25)**

### **Intervenciones de ámbito nacional/regional**

- Apoyo a la autonomía y el desarrollo educativo de las mujeres
- Sistemas de protección social (p. ej. programas de transferencias monetarias) para mejorar las visitas al sistema de salud
- Sistemas de distribución de alimentos para subgrupos de población con riesgo de inseguridad alimentaria
- Mejoras en el abastecimiento de agua potable, el saneamiento y la higiene
- Apoyo a programas nacionales de yodación de la sal para garantizar un contenido adecuado de yodo en la sal consumida por los hogares de acuerdo a las nuevas directrices que armonizan el contenido de yodo con la reducción del consumo de sal (26)
- Mejora de la asistencia perinatal prestada en centros sanitarios en las regiones con baja cobertura
- Sistema universal simplificado de recogida de datos perinatales con sistemas de retroalimentación electrónicos

### **Intervenciones de ámbito comunitario**

- Nutrición adecuada para las adolescentes
- Promoción del abandono del tabaquismo durante el embarazo y después de él
- Paquetes de atención comunitarios que mejoren la interconexión y la derivación de los partos a centros sanitarios
- Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico en las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva que vivan en entornos con una prevalencia de anemia del 20% o más
- Prevención del paludismo durante el embarazo

### **Intervenciones previas al embarazo**

- Espaciamiento entre partos
- Administración diaria de suplementos de ácido fólico en el periodo previo y posterior a la concepción para disminuir las anomalías congénitas
- Promoción del abandono del tabaquismo

### **Antenatal care interventions for all women**

- Monitoreo del crecimiento fetal y evaluación de la talla neonatal en todos los niveles de atención, integrados en el nuevo modelo de cuidados prenatales de la OMS (27)
- Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo
- Reducción de las cesáreas y partos inducidos no indicados médicamente
- Promoción del abandono del tabaquismo

### **Intervenciones de asistencia prenatal para grupos específicos de mujeres**

- Administración de suplementos proteínico-energéticos equilibrados
- Administración diaria de suplementos de calcio a las mujeres en entornos con bajo consumo de calcio
- Cerclaje cervicouterino (sutura cervical) en mujeres con antecedentes de parto prematuro y cérvix corto
- Administración de antiagregantes plaquetarios antes de las 16 semanas de gestación en mujeres con riesgo de preeclampsia
- Tratamiento con progesterona en mujeres con riesgo de parto prematuro
- Administración prenatal de una dosis única de corticoesteroides para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres que presenten contracciones prematuras
- Antibioterapia en mujeres con vaginosis bacteriana y bacteriuria asintomática
- Tratamiento intervencionista en caso de preeclampsia grave antes del final de la gestación

## HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO DE LA NUTRICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Con el fin de ayudar a los países a establecer objetivos nacionales para alcanzar las metas mundiales —y seguir los progresos en el cumplimiento de dichos objetivos—, el Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS y sus asociados han desarrollado una herramienta de seguimiento basada en la web que permite a los usuarios explorar diferentes posibilidades de lograr las tasas de progreso necesarias para cumplir las metas para 2025. Puede accederse a la herramienta en <http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/> (34).

## AGRADECIMIENTOS

El presente documento ha sido coordinado por la unidad de Evidencia y Orientación Programática del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS. La OMS desea agradecer las aportaciones de las siguientes personas (por orden alfabético); Dr. Francesco Branca, Dra. Luz María De-Regil, Kaia Engesveen, Dra. María Nieves García-Casal, Dr. Stephen Kennedy, Dra. Lia Lombardo, Jason Montez, Dra. Chizuru Nishida, Dra. Erika Ota, Dr. Juan Pablo Peña-Rosas, Dra. Lisa Rogers, Dra. Özge Tuncalp, Dr. José Villar y Gerardo Zamora. La OMS también desea dar las gracias por su apoyo técnico a la ONG 1,000 Days, y especialmente a Rebecca Olson.

## AYUDA ECONÓMICA

La OMS expresa su agradecimiento a la Iniciativa de Micronutrientes y a la Fundación Bill y Melinda Gates por su apoyo económico a esta serie de documentos.

## SUGERENCIA DE CITA

Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer [Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.5).

Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).



Ingimage/02H81059

## REFERENCIAS

1. RResolución WHA65.6. Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. En: 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 21–26 de mayo de 2012. Resoluciones y decisiones, anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012:12–13 ([http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6\\_resolution\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_sp.pdf?ua=1), página consultada el 17 de octubre de 2014).
2. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales para 2025. Para mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño ([www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets2025/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/es/), página consultada el 17 de octubre de 2014).
3. March of Dimes, La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Save the Children, OMS. Born too soon: the global action report on preterm birth. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf), página consultada el 13 de octubre de 2014).
4. Risnes KR, Vatten LJ, Baker JL, Jameson K, Sovio U, Kajantie E et al. Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta analysis. *Int J Epidemiol*. 2011; 40:647–61. doi:10.1093/ije/dyq267.
5. Larroque B, Bertrais S, Cernichow P, Leger J. School difficulties in 20 year olds who were born small for gestational age at term in a regional cohort study. *Pediatrics*. 2001; 108:111–15.
6. Kim D, Saada A. The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: a cross country systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10(6):2296–335. doi:10.3390/ijerph10062296.
7. Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth. *N Engl J Med*. 2010; 362(6):529–35.
8. División de Estadística de las Naciones Unidas. Composition of macro geographical (continental) regions, geographical sub-regions, and selected economic and other groupings. Nueva York, United Nations, 2013 (<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm#developed>, página consultada el 13 de octubre de 2014).
9. Undernourishment in the womb can lead to diminished potential and predisposes infants to early death. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2014 (<http://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight>, página consultada el 13 de octubre de 2014).
10. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008; 371(9606):75–84. doi:10.1016/S0140-6736(08)60074-4.
11. Villar J, Abalos E, Carroli G, Giordano D, Wojdyla D, Piaggio G et al.; WHO Antenatal Care Trial Research Group. Heterogeneity of perinatal outcomes in the preterm delivery syndrome. *Obstet Gynecol*. 2004; 104(1):78–87.
12. Kramer MS, Papageorgiou A, Culhane J, Bhutta Z, Goldenberg RL, Gravett M et al. Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206(2):108–12. doi:10.1016/j.ajog.2011.10.864.
13. Goldenberg RL, Gravett MG, Iams J, Papageorgiou AT, Waller SA, Kramer M et al. The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206(2):113–18. doi:10.1016/j.ajog.2011.10.865.
14. Villar J, Papageorgiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA et al. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;206(2):119–23. doi:10.1016/j.ajog.2011.10.866.
15. Ota E, Ganchimeg T, Morisaki N, Vogel JP, Pileggi C, Ortiz-Panozo E et al. Risk factors and adverse perinatal outcomes among term and preterm infants born small-for-gestational-age: secondary analyses of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health. *PLoS One*. 2014; 9(8):e105155. doi:10.1371/journal.pone.0105155.
16. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2013;382 (9890):452–77. doi:10.1016/S0140-6736(13)60996-4.
17. Villar J, Abdel-Aleem H, Merialdi M, Mathai M, Ali MM, Zavaleta N et al.; World Health Organization Calcium Supplementation for the Prevention of Preeclampsia Trial Group. World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194(3):639–49.
18. Lapillonne A, O'Connor DL, Wang D, Rigo J. Nutritional recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. *J Pediatr*. 2013; 162:S90–S100. doi:10.1016/j.jpeds.2012.11.058.
19. Tudehope D, Vento M, Bhutta ZA, Pachi P. Nutritional requirements and feeding recommendations for small for gestational age infants. *J Pediatr*. 2013; 162: S81–S89. doi:10.1016/j.jpeds.2012.11.057.
20. Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, Kanda M, Narita S, Ota E et al. Maternal anaemia and risk of adverse birth and health outcomes: systematic review and meta-analysis. Poster presentation. Twenty-second Cochrane colloquium, Hyderabad (India), 26 de septiembre de 2014 (<https://colloquium.cochrane.org/abstracts/maternal-anaemia-and-risk-adverse-birth-and-health-outcomes-low-and-middle-income>, página consultada el 13 de octubre de 2014).
21. Imdad A, Bhutta ZA. Nutritional management of the low birth weight/preterm infant in community settings: a perspective from the developing world. *J Pediatr*. 2013;162(3 Suppl. 1):S107–S114. doi:10.1016/j.jpeds.2012.11.060.
22. Morris RK, Oliver EA, Malin G, Khan KS, Meads C. Effectiveness of interventions for the prevention of small-for-gestational age fetuses and perinatal mortality: a review of systematic reviews. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(2):143–51. doi:10.1111/aogs.12029.
23. Rubens CE, Gravett MG, Victora CG, Nunes TM; GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth: the foundation for innovative solutions and improved outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;10 (Suppl. 1): S1–S7. doi:10.1186/1471-2393-10-S1-S7.
24. Zeitlin J, Szamotulska K, Drewniak N, Mohangoo AD, Chalmers J, Sakkeus L et al. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG*. 2013;120(11):1356–65. doi:10.1111/1471-0528.12281.
25. Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S et al.; Born Too Soon preterm prevention analysis group. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet*. 2013;381(9862):223–34. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61856-X.
26. Guideline: fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
27. Provision of effective antenatal care. Standards for maternal neonatal care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006. ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/effective\\_antenatal\\_care.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/effective_antenatal_care.pdf), página consultada el 22 de octubre de 2014).
28. Brown SJ, Yelland JS, Sutherland GA, Baghurst PA, Robinson JS. Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. *BMC Public Health*. 2011; 11(1):196. doi:10.1186/1471-2458-11-196.
29. Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, Braveman PA. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2010 Sep;39(3):263–72. doi:10.1016/j.amepre.2010.05.012.



30. Vettore MV, Gama SGN da, Lamarca G de A, Schilithz AOC, Leal M do C. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(6):1021-31.
31. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf?ua=1), página consultada el 13 de octubre de 2014).
32. Azenha GS, Parsons-Perez C, Goltz S, Bhadelia A, Durstine A, Knaul F et al. Recommendations towards an integrated, life-course approach to women's health in the post-2015 agenda. *Bull World Health Organ*. 2013 Sep 1; 91(9):704-6. doi:10.2471/BLT.13.117622.
33. WHO, ExpandNet. Nine steps for developing a scaling-up strategy. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44690/1/9789243500317\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44690/1/9789243500317_spa.pdf), página consultada el 13 de octubre de 2014).
34. Organización Mundial de la Salud. Global targets tracking tool (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en>, página consultada el 6 de octubre de 2014).



OMS /Petterik Wiggers

© Organización Mundial de la Salud 2017

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

**Para más información, póngase en contacto con:**

**Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo  
Organización Mundial de la Salud**

Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27 (Suiza)

Fax: +41 22791 4156

Dirección electrónica: [nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int)  
[www.who.int/nutrition](http://www.who.int/nutrition)



**Organización  
Mundial de la Salud**